

UMOWA nr
na pobyt komercyjny
w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Złocięcu

zawarta w Złocięcu w dniu

pomiędzy:

SP ZOZ Szpitalem Specjalistycznym MSWiA w Złocięcu, NIP: 253-00-98-261, REGON: 330086948

reprezentowanym przez:

Panią Ewa Giza — Dyrektora Szpitala, zwanym w dalszej części „**Szpitałem**”

a

Panią/Panem

Adres:

PESEL:

Adres do korespondencji:

Tel.:

Zwaną/y m w dalszej części umowy „**Pacjentem**”

§ 1

1. Przedmiotem Umowy jest świadczenie przez Szpital na rzecz Pacjenta usług związanych z jego pobytem komercyjnym w prowadzonym przez Szpital w formie stacjonarnej Rehabilitacji Neurologicznej na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej, polegającym na całodobowej, stacjonarnej opiece lekarsko—rehabilitacyjno- pielęgniarskiej.
2. Wykonanie przedmiotu umowy przez Szpital uzależnione jest od uzyskania przez Pacjenta od lekarza świadczącego na rzecz Szpitala usług medycznych, pozytywnej kwalifikacji do przyjęcia dokonanej w dniu jego przyjazdu.
3. Szpital oświadcza, że posiada wymagane uprawnienia i wykwalifikowany personel medyczny oraz pomieszczenia i sprzęt niezbędne dla wykonania świadczeń, będących przedmiotem niniejszej umowy.

§ 2

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia.....do dnia —
2. Strony mogą przedłużyć czas trwania umowy o kolejny okres.
3. Wypis w dniu wyjazdu o godz. 11.00.
4. Pacjent zobowiązany jest przybyć do SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Złocięcu , ul. Kańsko 1 na własny koszt, w wyznaczonym terminie.
5. Pacjent zobowiązany jest zabrać ze sobą przedmioty codziennego użytku, takie jak: odzież, szlafrok, piżama, odzież sportowa, środki higieny osobistej, w tym w szczególności zobowiązany jest do zabezpieczenia się na cały okres w leki, które regularnie zażywa.

§ 3

Pacjent zobowiązuje się i oświadcza, iż:

- a. odpłatność za pobyt zobowiązuje się uiścić we wskazanym przez Szpital terminie,
- b. opłatę za dodatkowe zamówione świadczenia uiści najpóźniej w ostatnim dniu pobytu w Szpitalu.
- c. przyjmuje do wiadomości, że koszty pobytu nie podlegają refundacji z NFZ.
- d. przestrzegać będzie postanowień Regulaminu Szpitala, oraz przepisów porządkowych obowiązujących w Szpitalu.

§ 4

Szpital zobowiązuje się do:

- a. przestrzegania Praw pacjenta,
- b. umożliwienia Pacjentowi kontaktu z rodziną i bliskimi,
- c. prowadzenia podczas pobytu pacjenta w Szpitalu indywidualnej dokumentacji medycznej,,
- d. przestrzegania zasad bezpieczeństwa Pacjenta oraz zachowania wymogów sanitarno-epidemiologicznych.

§ 5

Nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy, przedmioty oraz środki płatnicze nie przekazane do depozytu Szpitala.

§ 6

1. Pacjent zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Szpitala opłaty należnej za wykonanie przedmiotu umowy w wysokości 250,00 zł brutto (słownie: dwieście pięćdziesiąt złotych 00/100) za osobodzień, która obejmuje koszt:
 - a. opieki pielęgnacyjno - opiekuńczej,
 - b. konsultacji i nadzoru lekarza sprawującego opiekę medyczną nad pacjentami Oddziału/Zakładu,
 - c. zakwaterowania,
 - d. wyżywienia (3 posiłki dziennie),
 - e. pięciu procedur rehabilitacyjnych ustalonych przez lekarza indywidualnie dla pacjenta w zależności od stanu zdrowia,
 - f. leki (tylko w stanach nagłych)
 - g. opieki duszpasterskiej,
2. Wskazana w ust. 1 kwota nie obejmuje:
 - a. dodatkowych zabiegów (powyżej 5 procedur rehabilitacyjnych),
 - b. konsultacji lekarzy specjalistów,
 - c. badań laboratoryjnych, za wyjątkiem sytuacji nagłych (zagrożenia życia),
 - d. RTG, USG, TK itp.,
 - e. transportu sanitarnego do miejsca zamieszkania, czy innej placówki leczniczej.
3. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji Pacjent zostanie skierowany do najbliższego szpitala. SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Złocieńcu nie pobiera opłaty od Pacjentów za pobyt w okresie, w którym Pacjent przebywał w szpitalu, do którego został skierowany.

§ 7

1. Pacjent wybiera jedną z form płatności określonych w lit. a-b poniżej, według której będzie dokonywał wszystkich rozliczeń ze SP ZOZ Szpitalem Specjalistycznym MSWiA w Złocieńcu.:
 - a) gotówka,
 - b) przelew.

W przypadku płatności przelewem Pacjent zobowiązuje się wpłacić Zaliczkę w wysokości 40 % wynagrodzenia przysługującego na konto bankowe Szpitala prowadzone w Banku Gospodarstwa Krajowego Oddział w szczecinie, numer rachunku: 9411301176 0022 2032 7620 0004
2. Zaliczkę należy wpłacić w terminie nie później niż na 3 (trzy) dni przed przyjazdem.
3. Pozostałą do zapłaty należność, stanowiącą 60% wynagrodzenia przysługującego Szpitalowi z tytułu wykonania przedmiotowej umowy, Pacjent zobowiązany jest uiścić przelewem lub gotówką w terminie 3 dni od dnia wystawienia mu w dniu jego przyjazdu rachunku..

4. W przypadku braku dokonania przez Pacjenta we wskazanym przez Szpital terminie, wpłaty wynagrodzenia w całej wysokości, Szpital może umowę rozwiązać, żądając jednocześnie od Pacjenta pokrycia poniesionych przez niego kosztów administracyjnych .

§ 8

1. W przypadku, kiedy wywiązanie się z obowiązków określonych w umowie przez Szpital nie jest możliwe z przyczyn niezależnych od Szpitala, Pacjent powinien zostać o tym powiadomiony bez zbędnej zwłoki.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 Strony umowy powinny uzgodnić nowy termin udzielenia świadczenia będącego przedmiotem umowy.
3. W przypadku niewykonania przedmiotu umowy, na którą została wpłacona zaliczka z winy Szpitala, Szpital zobowiązuje się do niezwłocznego jej zwrotu w sposób ustalony z Pacjentem.
4. W przypadku rezygnacji przez Pacjenta z pobytu, na poczet którego została wpłacona zaliczka, Szpital zwróci zaliczkę pomniejszoną o koszty administracyjne w wysokości 300,00 zł.
5. O rezygnacji z pobytu Pacjent powinien niezwłocznie powiadomić Szpital telefonicznie, faksem, listownie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej:
 - numer telefonu — 94 36712 22 wew. 127
 - numer fax—94 372 14 53
 - e-mail: szpitalkansk@pro.onet.pl

§ 9

Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera Pacjenta z SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Złocięncu, niezdolnego do samodzielnej egzystencji, w wyznaczonym terminie, Szpital zorganizuje transport do miejsca zamieszkania Pacjenta, obciążając go lub jego przedstawicieli ustawowych, poniesionym w tym zakresie kosztami.

§ 10

1. Szpital może rozwiązać Umowę przed upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli:
 - a. Pacjent naruszać będzie postanowienia Regulaminu Szpitala.
 - b. Pacjent pomimo wezwania nie ureguluje we wskazanym przez Szpital terminie wynagrodzenia, przysługującego Szpitalowi z tytułu wykonania niniejszej umowy,
2. Pacjent może rozwiązać Umowę przed upływem okresu na jaki umowa została zawarta w każdym czasie. W takim przypadku, jeżeli zostało wpłacone należne Szpitalowi wynagrodzenie, Szpital zwróci Pacjentowi wynagrodzenie w wysokości proporcjonalnej do okresu rezygnacji z umowy, pomniejszone o koszty administracyjne w wysokości 300,00 zł
3. Oświadczenie każdej ze stron o rozwiązaniu Umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.

§ 11

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia poddadzą spór pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego rzeczowo i miejscowo właściwego dla siedziby Szpitala.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

§ 12

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny MSWiA, 78-520 Złocieniec, ul. Kańsko 1;
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – szpitalkansk@pro.onet.pl;
3. Na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych celem przetwarzania danych osobowych jest wypełnieni obowiązku prawnego ciążącego na administratorze.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat;
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania;

.....
Szpital

.....
Pacjent
(Przedstawiciel Ustawowy, Opiekun Faktyczny)